



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Tesis

*Autocuidado en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica en
Hemodiálisis*

Presenta:

LE. María Bernabé Guzmán Pineda

Para Obtener el Grado de
Maestría en Enfermería

Enero, 2024.



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Tesis

**Autocuidado en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica en
Hemodiálisis**

Presenta:

L.E. María Bernabé Guzmán Pineda

Director de Tesis:

ME. Francisco Adrián Morales Castillo

Para Obtener el Grado de

Maestría en Enfermería

Enero, 2024

Tesis: Autocuidado en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica en Hemodiálisis

Número de registro: SIEP/BIO/INV/130/2023

Revisores e Integrantes del Jurado del Examen Profesional

ME. Francisco Adrián Morales Castillo

Presidente

DE. Inés Tenahua Quitl

Secretaria

DE. María Luz de Ávila Arroyo

Vocal 1

ME. Alejandro Torres Reyes

Vocal 2

Directora de la Facultad de Enfermería
BUAP

Dr. Francisco Javier Báez Hernández
Secretaría de investigación y educación de
posgrado

Resumen

Candidato para obtener el grado de Maestro LE. María Bernabé Guzmán Pineda
En enfermería:
Fecha de graduación: Enero, 2024
Universidad: Benemérita Universidad Autónoma de
Puebla
Unidad académica: Facultad de Enfermería
Título del estudio: Autocuidado en pacientes con
enfermedad renal crónica en hemodiálisis.

Introducción: La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS,2015) estiman que el 10% de la población mundial padece Enfermedad Renal Crónica (ERC). En México la prevalencia de ERC es del 12.2%, se reporta una tasa de 51 defunciones por cada 100 mil habitantes y una incidencia anual de personas con ERC de 377 casos por millón de habitantes, además 6.2 millones de personas con diabetes tienen ERC. **Objetivo:** Describir el autocuidado en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. **Método:** Diseño descriptivo, muestra; de 106 adultos mayores de 18 años con ERC en hemodiálisis, muestreo por conveniencia.

Resultados: Predomino el sexo masculino 53%, el grupo de edad que más sobresalió fue de 24 a 52 años y en la variable de estudio, el 95.3% reflejó un autocuidado medio, mientras que el 4.7% un bajo autocuidado. **Conclusión:** En esta muestra los pacientes presentaron un medio autocuidado lo que significa que llevan a cabo acciones para mantener su salud independientemente que tenga una ERC.

Palabras claves: Autocuidado, enfermedad renal crónica, hemodiálisis, enfermería

Firma del director de Tesis: ME. Francisco Adrián Morales Castillo_____

Tabla de Contenido

Capítulo I	Página
Introducción	
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Marco Conceptual	3
1.3 Estudios Relacionados	5
1.4 Definición Operacional	8
1.5 Objetivos	8
Capítulo II	
Metodología	
2.1 Diseño del Estudio	9
2.2 Población	9
2.3 Muestreo y Muestra	9
2.4 Criterios de Selección	
2.4.1 Criterios de Inclusión	9
2.4.2 Criterios de Exclusión	10
2.4.3 Criterios de Eliminación	10
2.5 Instrumento	10
2.6 Procedimiento	11
2.7 Ética del Estudio	12
2.8 Plan de Análisis Estadístico	14
Capítulo III	
Resultados	

3.1 Características Sociodemográficas	15
3.2 Descripción de Comorbilidades	17
3.3 Confiabilidad de los Instrumentos	18
3.4 Descripción del Autocuidado	18
Capítulo IV	
Discusión	19
4.1 Conclusión	20
Referencias	21
Apéndices	
A. Consentimiento Informado	26
B. Cedula de Datos Personales	28
C. Escala de Valoración del Autocuidado	29

Lista de Tablas

	Página
Tabla 1. Descripción Datos Sociodemográficos de los pacientes con ERC en Hemodiálisis	15
Tabla 2. Descripción de Comorbilidades de los Pacientes con ERC	17
Tabla 3. Confiabilidad de los Instrumentos	18
Tabla 4. Descripción del Autocuidado	18

Capítulo I

Introducción

1.1 Planteamiento del Problema

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS,2015) estiman que el 10% de la población mundial padece Enfermedad Renal Crónica (ERC), considerándose un importante problema de salud pública. Al ser es la octava causa de muerte, es décima causa de años de vida perdidos por muerte prematura y de años de vida ajustados por discapacidad en hombres y mujeres; la prevalencia en personas mayores de 30 años es de 7.2% y la tasa de mortalidad es alta, misma que aumenta cada año. Se espera que sea la quinta causa de muerte en el 2040.

En México la prevalencia de ERC es del 12.2%, con una tasa de 51 muertes por cada 100 mil habitantes y una incidencia anual de personas con ERC de 377 casos por millón de habitantes, además 6.2 millones de personas con diabetes tienen ERC. De acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (INEGI, 2021) en México se presentaron un total de 14, 367 decesos por ERC, de los cuales 6, 230 (43.3%) fueron mujeres y 8, 145 (56.6%) hombres, mientras que, por grupo de edad a partir de los 45 años, comienza a aparecer entre las diez principales causas en personas que pierden la vida (INEGI, 2021).

Estos datos muestran un panorama complejo, que, de acuerdo con la prevalencia estimada, once estados del país tienen un alto índice de ERC pues presentan cifras por encima de la media nacional, entre ellos destacan la Ciudad de México, Veracruz,

Morelos, Coahuila, Jalisco, Hidalgo, Oaxaca, Puebla, entre otros, esto reportado por la dirección General de epidemiología.

Cuando a una persona se le diagnostica esta enfermedad, ya sea en fase temprana o tardíamente, coexisten múltiples reacciones emocionales o síntomas fuertes, además, causan en él paciente un cierto grado de incapacitación, preocupación y un gran impacto viéndose así alteradas todas sus dimensiones biológicas, psicológica, familiar, social y laboral, reflejándolo en la disminución de su autocuidado, porque son muchos los problemas que pueden surgir en corto, mediano o largo plazo, con los cuales se puede originar en el paciente crónico severas discapacidades, desnutrición, anemia severa, procesos infecciosos, entre otros, mismos que pueden causarle enfermedades graves o la muerte cuando los pacientes no se cuidan así mismos (Cantillo-Mdina y Blanco-Ochoa, 2017).

Por lo anterior cobra relevancia el término de autocuidado que de acuerdo con Orem (2001) es un elemento crucial en quienes padecen ERC pues a través de este será posible mejorar las condiciones de vida. Existen investigaciones que han abordado esta variable tal es el caso de García-Macías et al. (2021) quienes afirmaron que en personas con ERC que cuando se realizan prácticas adecuadas de autocuidado la enfermedad y tratamiento de hemodiálisis se lleva de mejor manera, así mismo Segura-Trujillo y Arango-Jurado (2021) expusieron que un porcentaje alto de los participantes presentaron autocuidado.

Ante el presente panorama, es de suma importancia para la ciencia de enfermería, realizar investigación respecto al autocuidado, ya que en la atención de personas con ERC con tratamiento de hemodiálisis es necesaria para cumplir con el régimen de tratamiento y mejorar las condiciones de salud de las personas. Por lo tanto, para la

disciplina de enfermería identificar los elementos del autocuidado podrá proporcionar una base para el desarrollo de estrategias que ayuden a mejorar la salud de las personas, y su vez contribuir en la mejora de los servicios de atención al paciente renal con tratamiento de hemodiálisis pues se darán alternativas para que su cuidado se integral, de tal modo que surge la siguiente pregunta de investigación ¿Cómo es el autocuidado en personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis? .

1.2. Marco conceptual

Autocuidado

Según Orem (2001), su teoría del autocuidado conceptualiza esta práctica como las actividades y acciones aprendidas que las personas llevan a cabo en dirección a un objetivo específico. Estas acciones tienen como propósito regular los factores que influyen en su propio desarrollo y funcionamiento, contribuyendo así a su vida, salud y bienestar. La teoría sostiene como supuesto fundamental que el autocuidado no es un comportamiento innato, sino que se adquiere y experimenta a lo largo del crecimiento y desarrollo individual. Esta conducta se manifiesta en situaciones concretas de la vida, y su comprensión y aplicación requieren de un proceso de aprendizaje continuo.

Por otro lado, la teoría de Orem (2001) subraya que el autocuidado, a lo largo del tiempo, puede ser interpretado como un sistema de acciones en el cual se requiere un conocimiento de las actividades de cuidado llevadas a cabo. Desde esta perspectiva, el autocuidado se define como una conducta que una persona realiza o debería realizar en su propio beneficio. También puede ser concebido como la práctica de actividades iniciadas y ejecutadas por individuos maduros o en proceso de madurez, con la finalidad de mantener un funcionamiento vital y saludable. Este enfoque sugiere que el

autocuidado no solo implica la satisfacción de requisitos para la regulación funcional y del desarrollo, sino que también impulsa el continuo desarrollo personal y el bienestar (Lluch et al., 2002; Prado, González, Paz y Romero, 2014; Vega, Suárez y Acosta, 2015).

En sintonía con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el autocuidado se define como la capacidad de las personas, familias y comunidades para fomentar la salud, prevenir enfermedades, preservar la salud y afrontar enfermedades y discapacidades, ya sea con o sin la asistencia de un profesional de la salud.

1.3 Estudios Relacionados

Autocuidado

En un análisis cuantitativo descriptivo y transversal, Cantillo-Medina y Joselinne (2017) llevaron a cabo una evaluación de la capacidad de autocuidado en personas sometidas a diálisis debido a Enfermedad Renal Crónica (ERC) en Florencia, Colombia. La muestra incluyó a 111 individuos bajo tratamiento dialítico. Según los resultados, la edad promedio de la población fue de 56 años, con un 55.9% de participantes del sexo masculino. La capacidad de autocuidado se distribuyó mayormente en niveles altos y medianos, registrando un 80.2% y un 19.8%, respectivamente. Se identificó una relación significativa entre la variable de capacidad de autocuidado y la edad, indicando una disminución en la capacidad de autocuidado con el aumento de la edad ($p=0.024<0.05$). Los investigadores concluyeron que, aunque la capacidad de autocuidado en personas en diálisis se caracterizó mayormente por niveles altos y medianos, se necesitan intervenciones por parte de profesionales de enfermería y del equipo de salud, diseñadas según las necesidades individuales, para mantener y mejorar el autocuidado.

Samaniego-Lomeli y colaboradores (2018) llevaron a cabo una investigación de naturaleza descriptiva y transversal, cuyo propósito fue evaluar el nivel de autocuidado en pacientes diagnosticados con Enfermedad Renal Crónica (ERC) y sometidos a hemodiálisis en un hospital de segundo nivel de atención en Ciudad Juárez, Chihuahua. La muestra seleccionada comprendió a 50 participantes, todos con un período mínimo de 3 meses de tratamiento de hemodiálisis. Los hallazgos revelaron que el 60% de los participantes evidenció una capacidad de autocuidado baja, el 30% una capacidad intermedia, mientras que el 10% mostró una capacidad de autocuidado alta. Este resultado se derivó principalmente de las puntuaciones bajas registradas en la categoría relacionada con la actividad y el reposo.

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto la importancia de examinar y abordar específicamente la capacidad de autocuidado, particularmente en el contexto de la actividad y el reposo, para mejorar la calidad de vida de los pacientes con ERC sometidos a hemodiálisis. Además, subrayan la necesidad de implementar intervenciones y estrategias de cuidado personalizadas que se centren en fortalecer la capacidad de autocuidado, con el objetivo de mejorar los resultados de salud y promover un bienestar más integral en esta población específica.

Gwyneth y colaboradores (2023) llevaron a cabo un estudio transversal que incluyó a 631 pacientes con el propósito de evaluar la relación entre el autocuidado y la enfermedad renal crónica en individuos con diabetes mellitus tipo 2. En sus hallazgos, los investigadores señalaron que el 40% de los participantes presentaba diabetes mellitus tipo 2, mientras que un 30% manifestaba otra enfermedad crónica. Respecto a las puntuaciones medias (\pm desviación estándar) en las diversas áreas de autocuidado,

donde las puntuaciones más elevadas indican un mayor nivel de autocuidado favorable, se obtuvieron los siguientes resultados: dieta general $3,9 \pm 2,1$; dieta específica $4,8 \pm 1,5$; ejercicio $2,8 \pm 2,0$; PYME (Pruebas de glucosa en sangre) $2,0 \pm 2,1$; y cuidado de los pies $3,7 \pm 2,8$. Es importante destacar que la realización de pruebas de glucosa en sangre (SMBG) mostró la puntuación más baja. Esta tendencia se observó tanto en pacientes con enfermedad renal crónica como en aquellos sin esta condición. Estos resultados subrayan la relevancia de identificar y abordar específicamente las áreas de autocuidado que requieren mayor atención, independientemente de la presencia de enfermedad renal crónica.

Vargas-Prado y su equipo (2021) llevaron a cabo una investigación de naturaleza cuantitativa, de tipo descriptivo correlacional, en Lima, Perú. El objetivo central fue determinar la relación existente entre el autocuidado y la calidad de vida en pacientes sometidos a hemodiálisis debido a Enfermedad Renal Crónica en el Hospital Cayetano Heredia. La muestra de estudio estuvo compuesta por 40 pacientes. Los resultados revelaron que el 70% de los participantes exhibía niveles bajos de autocuidado, mientras que el 30% mantenía niveles adecuados. En cuanto a la variable calidad de vida, se observó que el 12.5% la clasificó como mala, el 42.5% como regular y el 42.5% como buena.

En conclusión, extraída por los investigadores fue que existe una relación directa entre el autocuidado y la calidad de vida de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica sometidos a hemodiálisis en el Hospital Cayetano Heredia, Lima – 2021. Este vínculo se sustentó en un valor de correlación de 0.574, con un significativo nivel de $p=0.000$. Estos resultados sugieren que el fomento del autocuidado podría influir positivamente

en la calidad de vida de los pacientes bajo tratamiento de hemodiálisis, destacando la relevancia de intervenciones específicas para mejorar ambas dimensiones en esta población particular.

En el estudio realizado por Torres-Reyes y colaboradores (2018) en Puebla, se investigó la relación entre las capacidades de autocuidado y la calidad de vida en pacientes adultos con cáncer. Utilizando un enfoque correlacional y un diseño analítico no probabilístico por conveniencia, se examinó una muestra de 51 pacientes con cáncer. Los resultados indicaron una edad promedio de 50.32 años, con una prevalencia del sexo femenino (60%). En relación con la calidad de vida, el 74% de los participantes la clasificó como mala, mientras que el 82% manifestó tener capacidades de autocuidado suficientes. Como conclusión, los autores destacaron la existencia de una relación entre la calidad de vida y las capacidades de autocuidado, sugiriendo que, a mayores capacidades de autocuidado, se experimenta una mejora en la calidad de vida de los pacientes con cáncer.

Llagostera-Reverter et al (2017), realizaron un estudio observacional de corte transversal descriptivo, en España, con el objetivo de determinar el grado de autocuidado y la calidad de vida en enfermos con parkinson; obteniendo resultados donde la edad media fue de 71. 86 años, el 52.4% fueron hombres. El nivel de autocuidado fue de 1.14% siendo la dimensión más afectada el uso de medicamentos con una autonomía completa del 61-9%. Los investigadores no encontraron relación entre los síntomas motores y el autocuidado ($r=0,010$; $p=0,662$). Concluyendo que el nivel de autocuidado y calidad de vida muestran una correlación significativa, así como los niveles de la muestra estudiada para ambas variables son adecuadas.

López-González y colaboradores (2023) llevaron a cabo una investigación de naturaleza mixta con un diseño explicativo secuencial, con el propósito de explorar las conductas de autocuidado, los conocimientos y los recursos vinculados con la práctica en un grupo de individuos que enfrentan la realidad de la insuficiencia renal en terapia de hemodiálisis. La muestra incluyó a 121 participantes que asistían a dos unidades renales en Cuba, donde el 70% no se encontraba empleados y se observó un predominio del sexo femenino con un 55%. Los resultados revelaron que el 76.03% de los participantes exhibió un nivel poco adecuado de autocuidado, siendo las dimensiones de sueño, descanso y recreación (55.37%) y relaciones interpersonales (58.67%) las de mejor desempeño. En términos de conocimientos, se identificó un nivel receptivo, destacando la presencia de recursos de apoyo social, tanto instrumentales como emocionales. Estos hallazgos subrayan la importancia de comprender y abordar las áreas específicas de autocuidado que requieren atención, así como aprovechar los recursos de apoyo social para mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas en terapia de hemodiálisis con insuficiencia renal.

1.5 Definición Operacional

Autocuidado: se entenderá como la conducta aprendida que refiere tener el adulto con ERC en HD, acerca de sus habilidades que se dirigen así mismo y a su entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida (Orem, 2001) Para esta investigación este concepto será medido con la Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) Traducida al español en 1998 por Ester Gallegos en México.

1.6 Objetivos

1. Describir las características sociodemográficas en personas con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.
2. Describir el autocuidado en personas con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.

Capítulo II

Metodología

2.1 Diseño del Estudio

El diseño del estudio fue de tipo descriptivo (Polit y Beck, 2018; Gray y Burns, 2016), se considera descriptivo debido a que se pretende caracterizar a la población y variables de estudio, y transversal porque las mediciones se realizarán en un solo momento.

2.2 Población, Muestreo y Muestra

En este estudio, la población objeto de análisis consistió en 145 individuos de ambos sexos, mayores de 18 años, diagnosticados con Enfermedad Renal Crónica (ERC) y sometidos a tratamientos de hemodiálisis, todos inscritos en la institución de salud correspondiente. El método de muestreo empleado fue el de conveniencia, considerando que se trata de una población preexistente con características específicas relevantes para los objetivos de la investigación. La determinación del tamaño de la muestra se llevó a cabo mediante la fórmula aplicable a poblaciones finitas, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error admisible del 5%. Se consideró una tasa de no respuesta del 10%, resultando en un tamaño final de muestra (n) de 106 individuos con ERC sometidos a hemodiálisis.

2.3 Criterios de Selección

2.3.1 Criterios de inclusión

Se incluyeron en el estudio pacientes de ambos sexos, con diagnóstico de ERC en hemodiálisis, mayores de 18 años, que firmaron el consentimiento informado, que

acudieron a la unidad de salud durante el periodo de recolección de datos y que tuvieron la disposición de participar.

2.3.2 Criterios de exclusión

Se excluyeron pacientes que no saben leer ni escribir, mujeres embarazadas, o tengan alteraciones psicológicas, psiquiátricas o sensoriales que le incapaciten responder.

2.3.3 Criterios de eliminación

Aquellos pacientes que llegaron a presentar algún malestar físico en el momento de la recolección de datos, instrumentos con doble respuesta o mal llenados.

2.4 Instrumentos de Recolección de Datos

Con el propósito de conocer la información sociodemográfica de los participantes, se utilizó una Cedula de Datos Sociodemográficos (CDS, Guzmán y Morales, 2022), con tipo de respuesta cerrada y abierta, misma que esta está constituida por dos apartados: (1) Datos de identificación personal, número de folio del participante, edad, sexo, nivel de estudios y estado civil; (2) Antecedentes personales y tiempo de recibir tratamiento de hemodiálisis (Apéndice A), también se aplicó un instrumentos de medición (1) Escala valoración de Autocuidado (Apéndice B), desarrollada por G. Evers Van Gorcum en su versión español, la validez conceptual y confiabilidad de la Escala fue realizada por Esther Gallegos Cabriales (1998).

La Escala de Valoración del Autocuidado se compone de veinticuatro ítems, cada uno con cinco opciones de respuesta tipo Likert. En esta escala, el valor 1 indica "totalmente de acuerdo" como la opción de menor acuerdo, el 2 representa "en desacuerdo", el 3 significa "ni de acuerdo ni en desacuerdo", el 4 equivale a "de acuerdo", y el 5 indica "totalmente de acuerdo" como la opción de mayor acuerdo. El

rango de puntuación oscila entre 24 y 120 puntos. La clasificación de los puntajes se distribuye en tres categorías: alta capacidad de autocuidado (97-120 puntos), media capacidad de autocuidado (49-96 puntos) y baja capacidad de autocuidado (1-48 puntos). Esta escala demuestra una confiabilidad satisfactoria, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.77, específicamente validado para su aplicación en la población mexicana.

La Escala de Valoración del Autocuidado se estructura en cinco categorías temáticas, abordando aspectos específicos de la vida diaria: interacción social (ítems 12 y 22), interacción personal (ítems 2, 4, 5, 7, 8, 14, 15, 16, 17, 19, 21 y 23), actividad y reposo (ítems 3, 6, 11, 13 y 20), consumo de alimentos (ítem 9) y promoción del funcionamiento y desarrollo personal (ítems 1, 10, 18 y 24).

2.5 Procedimiento para la Recolección de Datos

El presente estudio fue sometido a evaluación por el Comité Tutorial de Investigación de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Tras obtener la aprobación, se procedió a visitar la clínica de hemodiálisis en la Ciudad de Puebla, para realizar las gestiones pertinentes y obtener la autorización, así como el espacio necesario para llevar a cabo la recopilación de datos. Se solicitó el censo de pacientes sometidos a tratamiento de hemodiálisis, y posteriormente se identificaron a los participantes del estudio. La recolección de datos se llevó a cabo durante los días y horarios programados para las sesiones de hemodiálisis (de lunes a sábado), utilizando espacios como la sala de espera, sala de descanso y el interior de la unidad de hemodiálisis.

Se informó a los pacientes sobre el objetivo del estudio, y aquellos que aceptaron participar recibieron un consentimiento informado que debieron firmar (Apéndice A). Luego se entregaron los instrumentos de recolección de datos, los cuales fueron completados de manera individual en un entorno sin interrupciones durante la aplicación del instrumento. Se tomaron las medidas necesarias para garantizar la privacidad de los participantes, respetando los principios éticos fundamentales: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

El proceso inició con la lectura del consentimiento informado, seguido por la explicación del llenado de la cédula de datos personales (Apéndice B), y finalmente se aplicó el Instrumento de Medición Escala Valoración Autocuidado (Apéndice C). La duración estimada para la recopilación de datos fue de aproximadamente 30 minutos. Al concluir, se agradeció a los participantes por su colaboración en el estudio, se enfatizó que la responsabilidad recae en el investigador sin conflictos de interés, y se aseguró que la información recopilada permanecerá resguardada para el análisis. Después de un año, se procederá a la destrucción de los datos, garantizando que ninguna autoridad de la institución tenga acceso, y se utilizará únicamente con fines científicos.

2.6 Ética del Estudio

Este estudio se llevó a cabo conforme a las disposiciones establecidas en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (SS, 1987; actualización agosto de 2016), orientado a salvaguardar, promover y restaurar la salud tanto del individuo como de la sociedad en general. El propósito fundamental era desarrollar tecnología e investigación mexicana en el ámbito de los servicios de salud,

con el fin de aumentar su productividad. Este marco legal garantiza la dignidad y el bienestar de las personas sujetas a investigación, respaldado por los siguientes artículos:

De acuerdo con el Título Segundo, enfocado en los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, específicamente el Capítulo I, Artículo 13, se hizo hincapié en el respeto a la dignidad de los pacientes, permitiendo la expresión de sus ideas y creencias. Se protegieron sus derechos, incluida la libertad de abandonar su participación en el estudio en cualquier momento.

En consonancia con el Artículo 14, se adaptó la investigación a los principios científicos y éticos que respaldan la investigación médica, especialmente en cuanto a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica. Además, se proporcionó un consentimiento informado a los participantes (personas en tratamiento de hemodiálisis) de forma escrita, cumpliendo con lo establecido en la Fracción V. El Comité Revisor de Ética de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla emitió un dictamen favorable de acuerdo con la Fracción VII, y se obtuvo la autorización de la institución de salud donde se realizó la investigación.

En cuanto al Artículo 16, se garantizó la privacidad de los participantes (personas en tratamiento de hemodiálisis) mediante el uso de códigos en lugar de sus nombres, los cuales se resguardaron en un lugar seguro. La investigación se llevó a cabo sin riesgo, según lo dispuesto en el Artículo 17, ya que se emplearon técnicas y métodos retrospectivos de investigación documental sin realizar modificaciones en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos participantes.

Siguiendo las disposiciones del Artículo 20, se suministró un consentimiento informado por escrito, asegurando que los participantes tuvieran pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos implicados, respetando su libertad de participar en la investigación. Asimismo, según el Artículo 21, los participantes recibieron una explicación clara y completa de la justificación y objetivos de la investigación, así como la garantía de recibir respuestas a cualquier duda o pregunta. Se destacó la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento, reafirmando el compromiso con la transparencia y el respeto a los derechos de los participantes en este estudio.

2.7 Plan del Análisis Estadístico

Para llevar a cabo el procesamiento y análisis de los datos recopilados, se empleó el paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 25 para Windows. Se evaluó la consistencia interna del instrumento mediante el cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach. Respecto a las variables categóricas, se aplicó estadística descriptiva, incluyendo frecuencias y porcentajes, mientras que para las variables numéricas se utilizaron medidas de tendencia central como la media, mediana y moda, así como medidas de dispersión como la desviación estándar. Este enfoque permitió realizar un análisis detallado y comprensivo de los datos recabados en el estudio.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se describen los resultados del estudio realizado en una clínica privada de especialidad del estado de Puebla. Para ello se presentan los datos sociodemográficos de los pacientes con ERC, confiabilidad de los instrumentos, análisis descriptivo de las variables de estudio.

3.1 Datos Sociodemográficos de los Pacientes con ERC

A continuación, se presentan los datos que responden al objetivo uno que señala: Describir las características sociodemográficas en personas con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.

Tabla 1. Descripción Datos Sociodemográficos de los Pacientes con ERC

<i>Variable</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Sexo		
Femenino	50	47
Masculino	56	53
Edad		
24 a 52 años	62	58.5
53 a 81 años	44	41.5
Estado Civil		
Soltero	23	21.7
Casado	62	58.5
Unión libre	3	2.8
Separado	16	15.1
Viudo	2	1.9

Continuación Tabla 1

<i>Variable</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Nivel Académico		
No estudio	24	22.6
Primaria	14	13.2
Secundaria	35	33
Preparatoria	31	29.2
Licenciatura	2	1.9
Ocupación		
Empleado	4	3.8
Al hogar	49	46.2
Independiente	39	36.8
Obrero	7	6.6
No trabajo	7	6.6

Fuente: Cedula de Datos Sociodemográficos Información de la ERC (Guzmán; Morales 2022).

n=106

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje. ERC= enfermedad renal crónica.

La muestra estuvo conformada por 106 participantes en tratamiento de hemodiálisis, la prevalencia fue en el sexo masculino (53%), predominó el grupo de 24 a 52 años (58.5%) mayormente casados (61%) con educación básica y se dedican al hogar (46%). En ocupación el 46.2% se dedica al hogar (47.2%) tiene un empleo.

Tabla 2. Descripción de Comorbilidades de los Pacientes con ERC

<i>Variables</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Comorbilidades		
HAS	49	46.2
HAS, DT2, DP	4	3.8
HAS, Cardiopatía, Obesidad	2	1.9
HAS, DT2	46	43.4
HAS, DT2, Cardiopatía	3	2.8
Todas	2	1.9
Tiempo en tratamiento de hemodiálisis		
1 año	38	35.5
2 años	9	8.5
3 años	7	6.6
5 años	18	17
6 años	34	32.1

Fuente: Cedula de Datos Sociodemográficos Información de la ERC (Guzmán; Morales (2022). n=106
 Nota: f= frecuencia, %= porcentaje. HAS= Hipertensión Arterial Sistémica, DT2=Diabetes Tipo 2, DP= Dislipidemia.

Los resultados de la tabla 2 muestran que el tiempo de estancia en tratamiento de hemodiálisis en mayor proporción fue de un año (35.5%), asimismo, un 32.1% refirió tener más de seis años en tratamiento de hemodiálisis, además todos los participantes padecen hipertensión arterial sistémica, mientras que el 52% refirió tener diabetes tipo 2

3.2 Confiabilidad de los Instrumentos

Tabla 3. *Confiabilidad de los Instrumentos*

<i>Instrumento</i>	<i>Ítems</i>	<i>α</i>
ASA	24	.891

Nota: α = alfa de Cronbach, ASA= Cuestionario sobre la Capacidad de Agencia de Autocuidado, n=106

En la tabla 3, se muestra la consistencia interna de los instrumentos empleados en esta investigación. El cuestionario ASA (Evers Van Gorcum 1998) mostró una alfa de Cronbach alta de .891 considerado como instrumento con una consistencia interna aceptable de acuerdo con Polit y Beck (2018).

3.3 Análisis Descriptivo de las Variables de Estudio

Para dar respuesta al objetivo dos que señala Identificar el autocuidado en personas con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis

Tabla 4. *Descriptivo del Autocuidado*

<i>Variables</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Autocuidado		
Medio Autocuidado	101	95.3
Bajo Autocuidado	5	4.7

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje n=106

La tabla 4, señala que la mayoría de los participantes tiene un autocuidado medio (95.3%).

Capítulo IV

Discusión

Las principales características sociodemográficas de los participantes con enfermedad renal crónica tratados con hemodiálisis son: edad de 24 a 52 años; corresponden a las variables descritas por Cantillo et al y Torres-Reyes et al., que explicaron el descenso de la función renal como proceso fisiológico del envejecimiento desde la tercera década de la vida, deterioro que se acelera por la presencia de factores de riesgo asociados a estilos de vida inadecuados, por lo que la intervención debe realizarse desde edades tempranas.

En cuanto al género la mayoría masculino (53%), similar a lo descrito por Llagostera-Reverter et al., y Cantillo-Media y Joselinne; en cuanto al estado civil destacan los que tienen pareja (61%) es decir; casados o en unión libre, situación que se relaciona con el ciclo vital y familiar de los participantes, aspecto que De la Cuesta lo describe como fundamental en el proceso de afrontamiento a la situación de salud, porque un vínculo de parentesco o afectivo-amoroso hace la diferencia entre el cuidado del familiar y el profesional.

En términos de características clínicas se evidencio un alto porcentaje de los participantes con etiología de hipertensión arterial y diabetes tipo 2, similar a lo encontrado por los autores; Gwyneth, J et al, de acuerdo con la OMS las enfermedades no transmisibles son una de las principales causas de muerte en todo el mundo, esto asociado a un mal cuidado de las personas.

Respeto al autocuidado en la población de estudio, que en su mayoría reporto niveles de autocuidado medio y en menor porción con bajo autocuidado, Las principales

características sociodemográficas de los pacientes con enfermedad renal crónica tratados con hemodiálisis son: Edad de 24 a 52 años; corresponden a las variables descritas por Cantillo et al. y Torres-Reyes et al., que explicaron el descenso de la función renal a partir del tercer trimestre de vida. El proceso de envejecimiento fisiológico comienza en la primera década, y este deterioro se acelera por la presencia de factores de riesgo asociados a una función renal insuficiente. estilo de vida, por lo que la intervención debe realizarse desde edades tempranas. En cuanto al género, la mayoría es masculina (53%), similar a lo descrito por Llagostera-Reverter et al., Cantillo-Media y Joselinne; En cuanto al estado civil, destacan los que tienen pareja (61%), es decir cónyuges o cónyuges, esta situación se relaciona con la vida del participante y el ciclo familiar, aspecto que de la Cuesta califica como fundamental. En el proceso de abordar una condición de salud se diferencia el parentesco o vínculo afectivo de amor entre el cuidado familiar y el cuidado profesional. En términos de características clínicas, similar a lo que encontraron los autores, una gran proporción de participantes tenía hipertensión y diabetes tipo 2; Gwyneth, J y col. Según la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades no transmisibles son una de las principales causas de muerte en todo el mundo. Factores de riesgo asociados con una atención humana inadecuada. Respecto al autocuidado en la población de estudio, que en su mayoría reportó niveles de autocuidado moderados y en menor medida bajos, Torres-Reyes et al. encontró resultados similares a pesar de vivir con enfermedades crónicas. Según García-Macías et al. descrito, refiriéndose a que una persona aprende a vivir con enfermedades crónicas y ciertas condiciones en el transcurso del tiempo y la historia de vida. Con la edad y la aparición de enfermedades crónicas, las funciones de las personas disminuirán, el riesgo

de autocuidado disminuirá: al reducir el grado de autocuidado, aumentará el riesgo de enfermedad, lo que conduce a cambios en el autocuidado saludable; de autocuidado moderado. Cuide el cuidado personal regular.

Si bien la mayoría de los pacientes con ERC sometidos a hemodiálisis tienen un nivel moderado de autocuidado, esto refleja su capacidad para reconocer condiciones y situaciones que necesitan ser controladas en su vida diaria; sin embargo, como dijo Bonilla: "La educación para la salud es una herramienta de tratamiento muy importante para los pacientes con ERC avanzada y debe brindarse en un sistema consultivo formado por un equipo multidisciplinario, donde la atención tiene un "papel activo muy importante" y debe ser regular y participativa. y continuo evaluado.

4.1. Conclusión

Esta investigación evidenció que los pacientes con ERC presentan un nivel medio de autocuidado por lo tanto es necesario seguir con la educación por parte del profesional de enfermería para que adquieran mayores capacidades de autocuidado y su calidad de vida sea lo mejor posible independientemente de la patología.

Referencias

- Andrade-Santana, M. B. A., Silva, D. M. G. V. D., Echevarría-Guanilo, M. E., Lopes, S. G. R., Romanoski, P. J., y Böell, J. E. W. (2020). Autocuidado en personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190220>
- Arzuaga-Rivera, Jambay-Castro, Fuentes-Guerrero y Méndez-Valarezo. (2022). *Calidad de vida y autocuidado de paciente con sustitución en la función renal y hemodiálisis intermitente. Dominio de las Ciencias*, 8(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v8i2.2742>
- Cantillo-Medina, C. P., & Blanco-Ochoa, J. D. J. (2017). Agencia de autocuidado de la persona con enfermedad renal crónica en diálisis. *Enfermería Nefrológica*, 20(4), 330-341. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842017000400007>
- Cuevas-Budhart, M. Á., Saucedo García, R. P., Romero Quechol, G., García Larumbe, J. A., y Hernández Paz y Puente, A. (2017). Relación entre las complicaciones y la calidad de vida del paciente en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 20(2), 112-119. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/s2254-288420170000200003>
- COMUNICADO DE PRENSA NÚM. 378/22 PÁGINA 39/89. (2022). Org.mx. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/dr/dr2021_07.pdf
- Denhaerynck, K., Manhaeve, D., Dobbles, F., Garzoni, D., Nolte, C., & De Geest, S. (2007). Prevalencia y consecuencias de la falta de adherencia a los regímenes de

hemodiálisis. *Am J Crit Care*, 16(3), 222-36. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17460313>

Día Mundial del Riñón (2022). *Salud Renal Para Todos*. Disponible en:

<https://www.worldkidneyday.org/wkd-2022-spanish/>

Díaz de León Castañeda, C., Anguiano Morán, A., Valencia Guzmán, M., y Valtierra Oba, E. (2022). *análisis de la estructura interna de la escala de valoración de la capacidad de autocuidado en población mexicana de diferentes grupos demográficos*. *Revista De Psicología De La Universidad Autónoma Del Estado De México*, 11(22), 113-136. Disponible en:10.36677/rpsicologia.v11i22.17751

Durán-Arenas, L., Ávila-Palomares, P. D., Zendejas-Villanueva, R., Vargas-Ruiz, M. M., Tirado-Gómez, L. L., y López-Cervantes, M. (2011). Costos directos de la hemodiálisis en unidades públicas y privadas. *Salud pública de México*, 53(suppl 4), 516-524. Disponible en:

<https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5076>

Gwyneth, J., Serna, L., Allen, Y., Yi-Ming y Tavintharan, S. (2023). Association between self-care and chronic kidney disease in patients with type 2 diabetes mellitus - Annals. *Annals Singapore*. <https://annals.edu.sg/association-between-self-care-and-chronic-kidney-disease-in-patients-with-type-2-diabetes-mellitus/>

Herdman, M., y Baró, E. (2000). La medición de la calidad de vida: fundamentos teóricos. Badía X, Podzamczar D. *Calidad de vida asociada a la salud e infección por el VIH*. 1ª ed. Madrid: Jarpyo Editores, 19-33. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000800004&lng=es&tlng=es.

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2021). *Calidad de vida para un envejecimiento saludable*. gob.mx.

<https://www.gob.mx/inapam/articulos/calidad-de-vida-para-un-envejecimiento-saludable?idiom=es>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI; 2017). México. Disponible en:

<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/PC.asp?t=14&c=11817>

Instituto Nacional de Salud Pública. (2021). *Viviendo bien con enfermedad renal*.

Insp.mx. <https://www.insp.mx/avisos/viviendo-bien-con-enfermedad-renal>

Jamison, D.T., Gelband, H., Horton, S., Jha, P., Laxminarayan, R., Mock, C. N., y

Nugent, R. (27 de noviembre 2017) Prioridades de control de enfermedades:

mejorar la salud y reducir la pobreza. 3 edición. Washington (DC): El Banco

Internacional para la Reconstrucción y el Desarrollo/Banco Mundial.

La Enfermedad Renal Crónica en México. (2020). Insp.mx.

<https://www.insp.mx/avisos/5296-enfermedad-renal-cronica-mexico.html>

López González, M. M., Rengifo Arias, D. M., y Mejía Arcila, A. L. (2022). Nivel de

autocuidado, conocimientos y recursos en personas con insuficiencia renal

crónica. *Revista Cubana de Enfermería*, 38(3). Disponible en: [Nivel de](#)

[autocuidado, conocimientos y recursos en personas con insuficiencia renal](#)

[crónica \(sld.cu\)](#)

Llegostera-Reverter, Lopez-Alemany, Sanz-Forner y Gonzalez-Chorda (2017). Calidad

de vida y autocuidado en enfermos de Parkinson de un hospital comercial:

estudio descriptivo. Universidad de Murcia, Eglobal. Disponible en:

DOI: [10.6018/eglobal.18.1.294561](https://doi.org/10.6018/eglobal.18.1.294561)

Macías, N. P. G., Delgado, D. A. S., Cevallos, R. A. P., & Rodríguez, D. L. N. (2021).

Autocuidado y calidad de vida en pacientes renales con tratamiento de hemodiálisis. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 5(5), 7053–7069. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i5.830

Mitchell, C. (2015). *OPS/OMS. Pan American Health Organization / World Health Organization*.

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542:2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=0&lang=es

Organización Panamericana de la Salud. (2022). *REVISIÓN EXPLORATORIA:*

DEFINICIONES DE AUTOCUIDADO SEGÚN LA OMS. Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar - NCBI Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK586739/>

Prado Solar, Liana Alicia, González Reguera, Maricela, Paz Gómez, Noelvis, & Romero

Borges, Karelia. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 36(6), 835-845 http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684

Samaniego-Lomeli, W. E., Joaquín-Zamudio, S., Sahamed Muñoz-Maldonado, J.,

Fernando, J., & Livas, M. (2018). *Self-care in patients with chronic kidney disease in hemodialysis treatment*. Edu.mx.

https://www.unsis.edu.mx/revista/doc/vol5num13/2_Autocuidado.pdf

Segura Trujillo, Felicitas Yessica, Arango Jurado y Eber Agripino (2021). “*autocuidado y calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica hemodiálizados del hospital cayetano heredia, lima – 2021*”. Disponible en:

<http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/handle/autonmadeica/1278>

Tamayo, J. A., y Quirós, O. S. L. (2016). La dimensión del problema de la enfermedad renal crónica en México. *Atención Nefrológica en México*, 187. Disponible en:

https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/ENF-RENAL.pdf

Uribe-Jaramillo, T. M. (1999). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud.

Investigación y educación en enfermería, 17(2), 109-118. Disponible en:

<https://hdl.handle.net/10495/4792>.

Vos, T., Allen, C., Arora, M., Barber, R. M., Bhutta, Z. A., Brown, A., ... y Boufous, S. (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The lancet*, 388(10053), 1545-1602.

Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Apéndice (A)

Consentimiento informado

A quien corresponda.

Título del Proyecto: Autocuidado y Calidad de Vida en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica en Hemodiálisis

Investigador Responsable: L.E. María Bernabé Guzmán Pineda

Prólogo: El interés de esta investigación es determinar la relación el Autocuidado y Calidad de Vida en los Pacientes con Enfermedad Renal Crónica en Hemodiálisis. Por tal motivo se le invita a participar en el estudio que forma parte de la tesis de Maestría en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Propósito del Estudio: El propósito de esta investigación es identificar el Autocuidado y Calidad de Vida en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica en Hemodiálisis. La información que nos brinde será de gran utilidad debido a que, en función de ella, se contribuirá en el vacío del conocimiento, y en la generación de futuras investigaciones.

Descripción del Estudio: Si usted desea participar en el estudio, se le solicitará firmar el consentimiento informado, se le proporcionará una cédula de datos personales y dos instrumentos (Instrumento Escala de Valoración del Autocuidado y el Cuestionario Calidad de Vida en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica en Hemodiálisis), mismo que serán contestados en un promedio de 30 minutos, los cuales serán aplicados dentro de la institución en un área designada para que sean contestados con la mayor privacidad posible y protegiendo la confidencialidad. La información obtenida será resguardada por la investigadora principal del estudio, evitándose la identificación del nombre, dirección u otros datos personales que pueda exponer la identidad. La participación no tendrá ninguna repercusión en la institución donde lleva a cabo la formación académica, y tendrá la libertad de retirar el consentimiento informado y con ello, la participación en el estudio.

Riesgos e Inquietudes: No existen riesgos relacionados con la participación en el estudio. Si usted se siente incómodo, incapacitado o simplemente no desee seguir contestando los instrumentos puede retirarse en el momento que lo desee.

Beneficios Esperados: En el presente estudio no existe un beneficio personal por participar. Sin embargo, los resultados contribuirán a profundizar el conocimiento en el

tema del autocuidado y calidad de vida en las pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis.

Costos: La participación en el estudio, no implica ningún costo.

Autorización para Uso y Distribución de la Información: La única persona que conocerá será el responsable del estudio. Es importante mencionar que la información recabada será uso exclusivo por el investigador y no serán difundidos los resultados a otras personas no autorizadas. Los resultados del estudio serán publicados de manera general en artículos científicos, esto significa que no se publicara información individualizada de cada participante.

Derecho de Retratar: La participación en el estudio es voluntaria, y la decisión de participar o no, no afecta la relación actual con la institución. Si decide participar, tendrá la libertad de retractarte en el momento en que lo decida.

Preguntas: Si tiene alguna pregunta sobre los derechos como participante en este estudio, podrá comunicarse a la Secretaría Académica de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Consentimiento: Voluntariamente acepto brindar información y participar en el estudio. He leído la información en este formato y todas las preguntas han sido contestadas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar la participación.

Firma del Participante

**L.E. Ma. Bernabé Guzmán
Pineda Autor de la investigación**

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Apéndice (B)

Cedula de Datos Sociodemográficos en personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis (CDS, Guzmán y Morales, 2022)

Instrucciones: Favor de contestar según los datos corresponda

DATOS GENERALES	Fecha _____	Folio _____
1. Edad _____	3. Diuresis residual en ml: _____	_____
2. Tipo de acceso vascular: FAVI () Catéter central ()	4. Tiempo en hemodiálisis: _____	_____
5. Sexo: Masculino () Femenino ()		
6. Depende de su cuidador primario: Si () No()		
7. Estado civil		
Soltero ()		
Casado ()		
Separado ()		
Viudo ()		
Otro _____		
8. Escolaridad		
No estudio ()		
Primaria ()		
Secundaria ()		
Bachillerato ()		
Licenciatura ()		
Posgrado ()		
9. Ocupación		
Estudiante ()		
Empleado ()		
Ama de casa ()		
Independiente ()		
Campesino ()		
Obrero ()		
Otro: _____		

APÉNDICE (C)

Escala de Valoración del Autocuidado

Instrucciones: Lea cada una de las preguntas, así como las opciones posibles de respuesta, e identifique la respuesta que más se identifique con usted, y marque con una X en cada número correspondiente. No hay respuestas correctas o incorrectas, pero asegure de seleccionar el número que mejor le corresponda a su persona.

1	2	3	4	5
Total, desacuerdo	Desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Total, acuerdo

	Respuestas				
1. A medida que cambian las circunstancias, yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud	1	2	3	4	5
2. Reviso si las actividades que normalmente hago para mantenerme con salud son buenas	1	2	3	4	5
3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda	1	2	3	4	5
4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo	1	2	3	4	5
5. Primero hago lo que sea necesario para mantenerme con salud	1	2	3	4	5
6. Creo que me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo	1	2	3	4	5
7. Si quiero, yo puedo buscar las formas para cuidar mi salud y mejorar la que tengo ahora	1	2	3	4	5
8. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio	1	2	3	4	5
9. Hago cambios en mis alimentos para mantener el peso que me corresponde	1	2	3	4	5
10. Cuando hay situaciones que me afectan, yo las manejo para que no afecten mi forma de ser	1	2	3	4	5
11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no tengo tiempo para hacerlo	1	2	3	4	5
12. Cuando necesito ayuda, puedo recurrir a mis amigos de siempre	1	2	3	4	5
13. Puedo dormir lo suficiente como para no sentirme cansado	1	2	3	4	5
14. Cuando me dan orientación sobre mi salud, pido que me aclaren lo que no entiendo	1	2	3	4	5
15. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio	1	2	3	4	5
16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía uy arraigados, con tal de mejorar mi salud	1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5			
	Total, desacuerdo	Desacuerdo	Ni en desacuerdo, ni en acuerdo	De acuerdo	Total, acuerdo			
17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina, recurro al profesional de salud para que me de información sobre los efectos secundarios				1	2	3	4	5
18. Soy capaz de tomar medida para evitar que mi familia y yo corramos peligro				1	2	3	4	5
19. Soy capaz de avaluar que tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud				1	2	3	4	5
20. Por realizar mis ocupaciones diarias, es muy difícil que tenga tiempo para cuidarme				1	2	3	4	5
21. Si mi salud se ve afectada, yo puedo conseguir información para saber qué hace				1	2	3	4	5
22. Si yo no puedo cuidarme, busco ayuda				1	2	3	4	5
23. Puedo destinar un tiempo para mi				1	2	3	4	5
24. A pesar de mis limitaciones para moverme, soy capaz de cuidarme como a mí me gusta				1	2	3	4	5

¡Gracias por participar!